FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° 50

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 *novembre* 1900, *à* 1 *heure*

Par Alfred MONTHIOUX

Né à Saint-Quentin le 28 mai 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER BILATÉRAL DU SEIN

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : MM. POIRIER, *professeur*.
LEJARS et, LEGUEU *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 *novembre* 1900, *à* 1 *heure*

Par Alfred MONTHIOUX

Né à Saint-Quentin le 28 mai 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

ANCER BILATÉRAL DU SEIN

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : { MM. POIRIER, *professeur*.
LEJARS et , LEGUEU *agrégés*.

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD
ALBARRAN
ANDRE
BONNAIRE
BROCA (AUG.)
BROCA (ANDRÉ)
BHARRIN
CHASSEVANT
DELBET
DESGREZ
DUPRÉ
FAURE
GAUCHER
GILLES DE LA TOURETTE
HARTMANN
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGUEU
LEJARS
LEPAGE
MARFAN
MAUCLAIRE
MENETRIER
MERY
ROGER
SEBILEAU
TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
VARNIER
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance filiale

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de cette étude, qu'il nous soit permis de nous acquitter de nos nombreuses dettes de reconnaissance.

Nous devons beaucoup aux maîtres, qui ont guidé nos premiers pas aux lits des malades. Que MM. Chénieux, Lemaîstre, Thouvenet, dont nous avons été à Limoges l'élève, veuillent bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous remercions MM. les professeurs Tillaux, Duplay et Dieulafoy, des savantes leçons dont ils nous ont fait profiter à leurs cliniques.

Enfin nous rendons hommage à la mémoire du Docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu, sous la direction duquel nous avons terminé notre stage hospitalier.

Que M. le Docteur Launay, chirurgien des hôpitaux, reçoive nos remerciements pour l'amabilité, avec laquelle il nous a permis de prendre l'observation dont nous avons tiré le sujet de notre thèse.

Nous prions M. Le Professeur Tillaux, de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER BILATÉRAL DU SEIN

INTRODUCTION

« On sait combien sont exceptionnelles les néoplasies, qui siègent, à la fois, dans les deux glandes mammaires ; nos livres les relèvent comme des raretés pathologiques, et il faudrait de longues recherches pour en trouver quinze exemples dans les recueils ». Ainsi s'exprime Reclus dans son travail sur la *Maladie kystique des mamelles*.

Il ne semble pas que les cas de maladie kystique, que rapporte Reclus dans la *Revue de Chirurgie* (1888), aient ajouté au nombre des néoplasies bilatérales du sein.

C'est qu'en effet, depuis le remarquable mémoire

de Reclus, nos idées sur la maladie kystique ont singulièrement évolué tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique.

On ne comprendrait pas aujourd'hui l'erreur parfaitement justifiée à l'époque de Broca et de Verneuil, mettant l'étiquette de tumeur maligne bilatérale du sein, sur les premiers cas de maladie kystique, soumis par Reclus à l'examen clinique de ces maîtres.

S'il est un point bien acquis, c'est l'évolution bénigne de cette affection. C'est là un fait capital qui a été très bien mis en lumière par Phocas en 1886, lorsque, développant dans sa thèse les idées de son maître Tillaux, il décrit, sous le nom de maladie noueuse, une affection à peu près identique à la maladie kystique, qu'il rapproche très nettement des mastites chroniques.

L'histologie est venue, semble-t-il, confirmer cette conclusion. Les examens microscopiques de Brissaud et de Malassez n'ont rien perdu de leur valeur ; mais l'interprétation, qu'en donnaient ces auteurs, n'est plus admise aujourd'hui.

La maladie kystique doit être distraite de la catégorie des épithéliomas kystiques extra-acineux, où la rangeait Brissaud, pour être rangée dans la catégorie des lésions inflammatoires. « Il faut la mettre au rang des scléroses, que Charcot a si bien dénommées cirrhoses épithéliales, pour avertir que l'irritation épithéliale est le fait capital et primitif.» (Quénu, Soc. Chir., février, 1888).

Donc, tant au point de clinique qu'au point de vue histologique, nous devons résolument écarter la maladie kystique de Reclus, aussi bien que la mastite noueuse de Phocas, du cadre des épithéliomas bilatéraux du sein.

Pour d'autres raisons faciles à comprendre, nous ne ferons pas rentrer dans notre sujet les cas, où les deux seins sont envahis successivement ou même simultanément. C'est ainsi que nous éliminons le squirre en cuirasse, où les deux mamelles peuvent être couvertes primitivement par des plaques cancéreuses cutanées, saillantes ou déprimées, rougeâtres ou violacées, s'étendant avec rapidité sur toute la surface de la poitrine.

De même nous ne saurions décrire ces cas de cancer disséminé (squirre pustuleux de Velpeau) qui peuvent occuper les deux seins. Il ne s'agit pas d'une forme primitive de cancer, mais d'un mode de propagation et d'envahissement par des noyaux cutanés ou sous-cutanés dûs à des embolies lymphatiques.

La contribution modeste, que nous avons l'intention d'apporter à l'histoire du cancer du sein, vise un ordre de faits bien limités, celui où le cancer semble s'être développé simultanément dans les deux glandes.

Est-ce dire qu'il y a eu inoculation simultanée dans chaque sein du germe de nature encore inconnue du cancer? Y a-t-il eu, au contraire primitivement, un noyau inaperçu dans l'un des deux

seins et ce noyau a-t-il donné très vite naissance à un noyau secondaire dans l'autre sein, peut-être par l'intermédiaire de ces communications lymphatiques, que Rieffel a décrites d'une mamelle à à l'autre ? Nous ne saurions l'affirmer.

Toujours est-il qu'il y a des cas, à la vérité très rares, où les malades se présentent avec, dans les seins, deux néoplasmes, dont la double existence a été révélée simultanément ou à peu d'intervalle et dont le développement à peu près identique ne permet pas au clinicien d'établir un rapport de cause à effet entre les deux épithéliomas.

Il nous a été donné d'observer et de suivre, dans le service de M. Quénu à Cochin, une malade répondant à ce type clinique. Ce sont les quelques considérations, se rapportant à ce cas et aux analyses de cas identiques, que nous avons pu trouver dans diverses publications, qui font le sujet de ce travail.

ÉTIOLOGIE DU CANCER BILATÉRAL

Fréquence. — Elle est des plus minimes et Gross, auquel nous devons une des plus vastes statistiques connues sur notre sujet, ne rapporte que trois faits de cancer simultané des deux seins sur 1664 cas, soit moins de 0,2 pour 100. Nous croyons toutefois que ce chiffre est trop faible et Delbet dans le *Traité de Chirurgie* estime à 1 pour 100 les cas de bilatéralité.

Cette rareté est en accord avec ce que nous savons de la multiplicité des néoplasmes. S'il est en effet banal de rencontrer un même sujet portant plusieurs tumeurs bénignes (fibromes, lipomes, etc.), il est au contraire infiniment rare de trouver sur un malade la coexistence primitive de plusieurs néoplasmes malins. Ricard, dans sa thèse inaugurale, après avoir compulsé un nombre considérable d'observations, parvient à réunir seulement sept cas de cancer double du sein. Qu'il nous soit permis de les rappeler :

« 1° M. Luys présente en 1855 à la *Société Anatomique* les deux seins d'une femme morte à l'âge de 69 ans à la Salpêtrière.

Ces deux organes étaient envahis l'un et l'autre par du cancer.

2° Sir Henry Trentham Butlin, dans son article *Tumeur* de l'*Encyclopédie de chirurgie*, rapporte un cas de carcinome primitivement double des deux mamelles et il s'exprime ainsi :

Dans le cas le plus défavorable, que j'ai vu, la mort survint quatre mois après le début apparent de l'affection mammaire ; les deux mamelles étaient prises et complètement transformées en masses d'une extrême dureté. Mais ni l'une ni l'autre n'avait acquis un volume plus considérable qu'avant le début de la maladie, bien que toutes deux fussent adhérentes à la peau, les ganglions des deux aisselles étaient engorgés et durs.

3° Nous pouvons joindre à cette observation le résumé suivant que nous trouvons dans la thèse du Dr Gosselin (p. 35, Paris 1882. *Etudes sur les rapports de la tuberculose et du cancer*.

Jeanne Ody, 61 ans, marchande de vins ; cancer des deux seins. Père inconnu. Mère morte de cancer de l'utérus. Pas de traces de scrofule.

Autopsie. — Pleurésie cancéreuse non hémorragique. Poumons sains.

4° Nous pouvons en signaler un autre cas présenté à la Société anatomique en 1859.

5° Dans la clinique du Dr Prengrueber, le même fait se reproduit et les deux mamelles sont envahies.

6° et 7°. — Enfin nous pouvons ajouter deux

observations, l'une de la société anatomique (1855, p. 75), et l'autre du *Medical Times* de 1874 T. II, p. 119. (Double cancer ot male breast) ».

Nous avons cherché à relever les observations de cancer double du sein parues depuis 1885, date de la thèse de Ricard.

Signalons d'abord une observation non relatée dans le travail ci-dessus :

1° On malignant glandular tumours or, hypertrophies of the mamma in the female, (By William Aitken. *Med. Times and Gazette*, 1857, T. I, p. 359).

Nous rapportons plus loin le fait visé *in-extenso* en raison de son intérêt et de sa très grande rareté.

2° 1884. Squirre atrophique bilatéral (Blanchard, *Bull. soc. anat.*).

3° 1888. Cancer du sein bilatéral (Monod. *Mém. et Bull. soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, p. 392).

4° 1889. Un cas de cancer squirreux du sein gauche avec déterminations néoplasiques secondaires dans l'autre mamelle, les côtes et le rachis. (Forgue et Rauzier. *Gaz. hebd. de soc. de Méd. de Montpellier*, p. 481).

5° 1896. Carcinome des deux seins avec généralisation rapide, pleurésie double non hémorragique, fébrile. Mort au bout de 5 mois. (Félix Ramond, *Bull. Soc. Anat.*, p. 526).

6° 1898. Both breasts amputated for carcinoma. (Fisk. *Ann. Surg.*, *Phila*, p. 655).

7° 1899. Bilatérales Mamma carcinom. (Hansy. *Wien. med. Wchnschr.*, p. 302).

8° 1900. Epithélioma des deux mamelles avec noyaux dermiques secondaires coïncidant avec une péritonite tuberculeuse. (Le Dentu et Morestin. *Rev. de Chir.*, Paris, p. 425).

9° 1900. Observation du Dr Launay. Service du Dr Quénu, Cochin.

Si aux sept observations rapportées par Ricard, nous ajoutons les neuf que nous avons pu réunir, nous avons un total de seize cas, d'après lesquels il est facile de dégager l'histoire du cancer bilatéral.

Il serait intéressant de connaître la fréquence de la bilatéralité dans le cancer du sein relativement à celle des autres affections.

Carcinomes.— Nous avons vu que les deux mamelles sont prises simultanément ou successivement dans la proportion de 0,2 pour 100 (Gross) et 1 pour 100 (Delbet).

Adéno-sarcomes.— Sur 156 cas, Gross donne 5 cas doubles, soit 1,5 pour 100 .

Schuoler, sur 39 cas, donne 4 cas doubles, soit 11 pour 100.

Maladie kystique de Reclus. — La bilatéralité, donnée d'abord comme un caractère constant, existe vraisemblablement dans les 2/3 des cas, soit 75 pour 100.

Mammites aiguës puerpérales. — Pierre Delbet a additionné les statistiques de Henning,

Winckel, Bryant, Clintock et Dein, et est arrivé à un total de 97 mastites bilatérales sur 559 cas, soit 18 pour 100.

Existe-t-il quelques points étiologiques spéciaux au cancer bilatéral du sein? Il convient d'envisager deux formes de la maladie, une forme rapide et une forme lente.

1° Il existe, dit Volkmann, une variété de cancer du sein, heureusement rare, dans laquelle la néoplasie envahit d'emblée la totalité de la mamelle et *souvent les deux*, et marche avec des caractères inflammatoires si tranchés que l'on pourrait parler d'une mastite carcinomateuse (Klotz, thèse de Halle, 1869).

Cette forme rapide de la maladie décrite encore sous le nom de cancer aigu, de cancer en masse, survient, lorsqu'elle est bilatérale, dans des conditions bien définies. On la voit presque uniquement chez les femmes enceintes et chez les nourrices (Billroth 1 cas, Klotz 3 cas, Volkmann 2 cas) et la double localisation carcinomateuse est en rapport sans doute avec l'état d'activité de la glande mammaire. Lorsque celle-ci est en repos, c'est-à-dire en dehors de la grossesse et de la lactation, le cancer, au lieu d'être bilatéral, se localise à un seul côté ; tels sont les cas de Schmidt, Terrillon, Pierre Delbet, Eugène Rochard.

La fréquence relative des mastites carcinomateuses unilatérales et bilatérales est comme 2 est à 5. Sur 11 cas, relevés par nous, de cancer à mar-

che rapide, nous en avons en effet trouvé 4 frappant simultanément les deux seins.

2° En dehors de la mastite carcinomateuse bilatérale d'allure inflammatoire, il existe une forme de cancer bilatéral à marche beaucoup moins rapide. C'est à ce type que se rattache l'observation que nous rapportons plus loin en détail.

Rien de spécial n'est à signaler dans son étiologie, si ce n'est toutefois que nous avons relevé deux fois, dans les antécédents des malades, l'existence *d'une double mammite.*

PATHOGÉNIE DU CANCER BILATÉRAL

Il ne saurait être question de parler de la cause déterminante du cancer. Nous voudrions seulement envisager, en quelques lignes, les diverses hypothèses que l'on peut émettre pour expliquer la bilatéralité de la lésion.

1° L'envahissement primitif des deux seins peut être considéré comme le commencement d'une généralisation. Dans cette hypothèse, on admet que l'une des deux tumeurs a passé inaperçue pendant toute la première période de son existence en raison soit de l'inattention du sujet, soit des petites dimensions du néoplasme. Celui-ci n'en prolifère pas moins silencieusement, se propage aux tissus voisins et, lorsque la malade découvre la redoutable maladie, dont elle est frappée, les deux seins sont déjà envahis.

2° La production de la deuxième tumeur peut fort bien être indépendante de celle de la première ; elle serait alors une manifestation locale de cette diathèse néoplasique, proche parente de la diathèse arthritique selon Verneuil. « Il n'existerait en pareil cas d'autre lien entre les deux néo-

plasmes que la cause générale qui les fait naître ». Kirmisson, *Diction. Dechambre*, art. *Tumeur* p. 333.

Ces considérations pathogéniques deviennent intéressantes lorsqu'on les applique à l'étude de certains cas de cancers du sein bilatéraux, mais non simultanés, qui ne sont pas visés spécialement dans ce travail. Nous voulons parler de ces faits, dont le type est très bien donné par l'observation suivante, que nous trouvons dans la statistique donnée par Jules Bœckel au Congrès Français de chirurgie (1888), *Sur les résultats éloignés de* 104 *opérations de cancer.*

Fin. — A subi l'amputation du sein avec ablation des ganglions axillaires pour un cancer. La malade est revue au bout de trois ans parfaitement guérie. Mais au bout de trois ans et demi elle revient portant un cancer dans le sein du côté opposé.

L'interprétation de ces faits varie suivant que l'on se rattache à l'une ou à l'autre théorie rapportée plus haut.

1° Quelques chirurgiens admettent avec Volkmann que la guérison est définitive après trois ans écoulés. En conséquence, si un deuxième cancer apparaît dans le sein non opéré, il doit être considéré comme une nouvelle manifestation de la diathèse cancéreuse, comme une nouvelle inoculation, pour parler un langage plus moderne.

2° Pour d'autres auteurs, les récidives, même

très tardives et survenant bien après les limites assignées par Volkmann, sont reliées par un rapport de causalité à la tumeur opérée antérieurement et l'épithélioma, que l'on voit apparaître dans l'autre sein, reconnaît pour origine des germes qui ont longtemps sommeillé, soit dans l'épaisseur du grand pectoral (Heidenhain), soit dans le tissu cellullaire sous-cutané ou même dans les lymphatiques unissant une mamelle à l'autre (Rieffel).

SYMPTOMES CLINIQUES DU CANCER BILATÉRAL DU SEIN

Le cancer bilatéral du sein revêt deux aspects cliniques assez bien tranchés, suivant qu'il évolue d'après le type aigu ou le type chronique.

I. — *Cancer aigu.* — La forme aiguë ou inflammatoire a été décrite par Klotz sous le nom de mastite carcinomateuse des femmes enceintes et des nourrices à caues de sa pathogénie habituelle. Plus tard Volkmann a repris cette étude.

Chez une femme enceinte ou chez une nourrice on voit survenir brusquement, sans cause connue et sans douleur, un gonflement régulier des deux mamelles, qui augmentent rapidement de volume et semblent atteintes d'une maladie inflammatoire. Si l'on vient à palper, l'on ne perçoit pas de tumeur distincte.

L'ensemble de l'organe est ferme, tendu et présente une sorte de rénitence élastique. Très rapidement on voit la peau rougir, se sillonner d'un abondant réseau de veines, se marbrer de taches cuivrées, adhérer de toutes parts et finalement se creuser d'ulcérations multiples. Les ganglions s'en-

gorgent rapidement et, de proche en proche, la cachexie fait des progrès effrayants, emportant les malades dans l'espace de deux à six mois.

Les cas de mastite carcinomateuse rapide, telle que nous venons de la décrire, sont heureusement rares dans la science. Nous avons traduit dans le *Medical Times and Gazette* (1857, Tome I, p. 359) une observation de William Aitken, que nous reproduisons in-extenso, parce qu'elle constitue le meilleur commentaire du tableau clinique que nous venons de rappeler.

OBSERVATION I

Cancer aigu des deux seins à développement rapide. Noyaux secondaires dans le foie et les ovaires.

Marie D..., 30 ans, cuisinière, m'appela vers le 9 avril 1852. Elle souffrait d'un malaise général. A cette visite, elle ne se plaignit nullement de ses seins ; mais, quand je la revis deux jours plus tard, elle me dit qu'ils étaient très douloureux. Je les trouvais légèrement augmentés de volume, sensibles au toucher, l'aréole plus foncée et les papilles plus pigmentées que normalement ; le reste des téguments était normal.

Soupçonnant un début de grossesse, je questionnais M..., très discrètement. Cette jeune fille était écossaise et, parlant imparfaitement l'anglais, ne me donna pas de réponses très satisfaisantes. Mais l'impression laissée à mon esprit fut que certainement M... pouvait être et probable-

blement était tout à fait au début d'un grossesse. En conséquence, je prescrivis quelques médicaments anodins et attendit la suite.

Le seul motif, qu'elle pouvait alléguer pour expliquer l'augmentation de volume de ses seins, était les alternatives brusques de chaleur et de froid inhérentes à sa profession de cuisinière.

Son état ne s'améliora pas et comme ses seins continuaient à augmenter rapidement, je l'envoyais à l'infirmerie le 19 avril. Elle se montra malade difficile et deux fois quitta l'hôpital sans permission, si bien que le traitement employé n'avait pas beau jeu. Quoi qu'il en soit, aucun des moyens mis en œuvre n'amena la moindre amélioration (frictions locales, sangsues, acupuncture ; intérieurement mercure jusqu'à l'apparition de salivation et iodure de potassium à volonté).

A son admission à l'hôpital, les seins étaient doublés de volume, fermes, résistants au toucher, mais très gênants par leur poids et leurs dimensions. Les téguments étaient non colorés et légèrement hyperesthésiques. M... quitta l'hôpital le 28 avril et revint le 7 mai. Les mamelles sont alors décrites comme ayant beaucoup augmenté de volume, comme étant le siége de douleurs lancinantes et comme ayant pris une couleur violacée.

Ces symptômes continuèrent à s'aggraver, les souffrances devinrent très grandes et la couleur des deux seins fut rouge foncée avant la mort.

Les mamelles ne furent jamais pendantes, même au degré le plus minime ; au contraire, bien que mobiles, elles étaient solidement adhérentes au thorax et leur ten-

sion causait, non seulement de la douleur, mais une difficulté considérable de la respiration. La forme lobulée de la glande restait nettement perceptible. L'intensité de la vascularisation fut bien démontrée par les jets de sang qui s'écoulèrent de la piqûre d'une aiguille de moyen volume. Dans l'espace de quelques minutes, six ou huit onces de sang s'écoulèrent et, selon toute apparence, j'aurais pu saigner la malade aussi facilement par cette ponction que si j'avais ouvert une veine du bras.

Vers le 10 ou 12 mai, l'état général commença à décliner rapidement, des symptômes typhoïdes apparurent, M... devint partiellement hémiplégique et sa langue se dévia à gauche. Elle mourut le 17 mai.

Je la montrais de son vivant deux fois à mes collègues ; aucun d'eux n'avait observé de cas semblable. L'intervention chirurgicale fut considérée comme tout à fait inadmissible.

Autopsie (résumé). — Sein droit plus gros que le gauche, mais chacun d'eux conservant la lobulation normale de la substance glandulaire.

Ganglions axillaires très augmentés de volume et infiltrés.

Au microscope, Aitken donne une description dans laquelle, malgré son ancienneté, on reconnaît très bien un épithélioma.

Foie. — Noyaux secondaires.

Utérus. — Plus gros qu'un utérus de nullipare, le col surtout était hypertrophié et ne se terminait pas par une lèvre antérieure et une postérieure séparées par un sillon comme dans l'utérus normal. Une pointe semblable à un

pain de sucre faisait saillie dans le vagin ; à travers cette pointe une ouverture, à bords irréguliers, conduisait dans la cavité de l'utérus, mais si contractée, qu'un stylet de deux lignes de diamètre était tout ce qui pouvait passer à travers. L'aspect entier de cette partie de l'utérus ressemblait parfaitement à ce qui est décrit comme le résultat de l'ulcération et de la cicatrisation du col et de l'orifice de l'utérus.

II. — *Cancer bilatéral à forme chronique.*— Il apparaît généralement chez les femmes âgées (40 à 50 ans), tandis que la mastite carcinomateuse, ainsi que nous l'avons vu, s'attaque à des sujets beaucoup plus jeunes.

C'est par hasard, en faisant leur toilette, que les malades découvrent une petite tumeur dans l'un de leurs seins. Cette tumeur augmente plus ou moins rapidement. Au bout d'un temps variable, le sein de l'autre côté commence également à grossir et la malade est très surprise d'y percevoir une seconde tumeur. Il est plus rare qu'elle fasse la double découverte simultanément.

Généralement l'une des deux tumeurs grossit plus rapidement et bientôt apparaissent tous les signes cliniques du néoplasme, qui prend généralement le type de squirre ligneux en masse de Velpeau.

A la palpation, on perçoit une tumeur faisant corps avec la glande, qui semble être envahie dans sa totalité et comme injectée par le néoplasme.

La peau, rapidement envahie, adhère au néoplasme, le mamelon se rétracte, les tissus de la mamelle deviennent durs et inextensibles.

« On dirait, selon l'expression de Velpeau, que tous les éléments constitutifs de la région ainsi envahie sont gelés, ou qu'ils ont été transformés en un demi-globe de bois, de cartilage ou de marbre. »

Après l'envahissement de la peau se manifeste l'envahissement des ganglions, puis l'adhérence profonde qui est le signe de l'envahissement du grand pectoral.

Bientôt la peau envahie ne tarde pas à rougir et à s'ulcérer. L'ulcération, une fois produite, s'agrandit sans cesse, donnant lieu à des hémorragies et à une sécrétion plus ou moins abondante.

Pendant que le néoplasme évolue de la sorte dans l'un des seins, il suit de l'autre côté une marche identique, mais il est rare que les lésions arrivent simultanément au même degré.

L'un des néoplasmes peut être déjà arrivé au stade d'ulcération alors que l'autre n'a pas encore atteint le stade d'envahissement de la peau.

L'état général peut rester longtemps bon chez ces malades atteintes de double néoplasme mammaire et Monod signale dans les *Mém. et Bull. de la Soc. de Méd. de Bordeaux* le cas d'une malade portant un squirre ligneux bilatéral depuis plus de huit mois et dont l'état général était

resté très bon, mais c'est là un fait exceptionnel.

La compression, déterminée par les ganglions de l'aisselle, ne tarde pas à amener du côté des deux bras les symptômes de la *phlegmatia alba dolens ;* la santé s'altère, le teint prend la couleur jaune paille, l'amaigrissement devient extrême et la mort survient parfois précédée des signes de généralisation dans la colonne vertébrale, le foie, les poumons, etc.

La durée du cancer bilatéral est variable. Nous avons vu la mastite carcinomateuse présenter une évolution rapide, et, dans le cas rapporté par Aitken, tuer en moins de deux mois. Cette marche foudroyante est heureusement exceptionnelle et, à l'autre extrémité de la série des cancers bilatéraux, nous trouvons plusieurs observations de squirre atrophique, qui ont évolué avec la lenteur habituelle à ce type histologique de l'épithélioma, accordant à la malade une survie de plusieurs années.

Entre ces deux types extrêmes, il existe toute une échelle de gravité. Cependant il faut voir, dans la double localisation de carcinome, une manifestation plus terrible de la diathèse cancéreuse et il faut en tirer des déductions pronostiques d'une plus grande gravité et cela à courte échéance. Nous ne saurions d'ailleurs mieux faire, que d'adopter cette opinion de Billroth, qui s'exprime ainsi : « Lorsque les deux seins sont atteints en même

temps, ce fait amène d'ordinaire une évolution plus rapide ».

En fixant à un an la durée de la survie entre le moment où la tumeur est constatée et la date fatale, il semble que ce laps de temps s'applique à la majorité des cas de cancer bilatéral.

Voici quelques observations qui serviront à mieux préciser certains points de l'évolution clinique du cancer bilatéral dans sa forme ordinaire.

La première a trait à une malade que nous avons pu suivre dans le service de M. le Dr Quénu à Cochin.

OBSERVATION II

Mme Augustine G..., 44 ans. Antécédents héréditaires peu intéressants : père mort à 70 ans, mère morte à 40 ans d'une affection chronique, une sœur morte d'anémie.

Dans les antécédents personnels, on relève trois grossesses et un seul allaitement, celui de son dernier enfant âgé aujourd'hui de deux ans. Elle aurait reçu un violent coup de coude dans le sein gauche il y a dix ans.

En mars dernier (1900), en faisant sa toilette, elle découvre, tout à fait à la partie interne et périphérique de la glande mammaire droite, une petite tumeur lobulée donnant l'impression, dit la malade, comme forme et comme volume, « de trois noisettes qui se tiendraient accolées ».

Elle ne s'en préoccupa pas autrement et, pendant deux

ou trois mois (avril, mai, juin 1900), vit augmenter lentement son sein droit, sans aller demander de consultation.

Vers la même époque, elle éprouve dans le sein gauche des élancements assez douloureux, et se soumet, pour la première fois, à un examen médical. Le médecin de la ville appelé en juillet constate l'existence d'une tumeur bilatérale du sein et conseille une opération.

La malade, très placide et très négligente de son naturel, ne tint aucun compte de cet avis. Mais, vers les premiers jours d'août, l'allure de la maladie change et de lente devient rapide. Le sein droit augmente vite et a pris, fin août, le volume d'une tête de fœtus, alors qu'au mois de juillet, la tumeur ne dépassait pas la grosseur d'une orange.

En même temps la peau se distend et se violace et les mouvements du bras sont gênés par une adénite qui remplit le creux axillaire.

Accroissement parallèle à gauche, quoique moins rapide. La malade, enfin sortie de son indifférence et effrayée à juste titre, se rappelle le conseil de son médecin et vient à l'hôpital Cochin, service du Dr Quénu, réclamer une intervention.

L'état général est d'ailleurs resté bon, l'appétit est conservé ; les douleurs sont minimes.

Examen le 13 *septembre.* — A *l'inspection*, on constate une hypertrophie manifeste des deux seins. Le sein droit, beaucoup plus volumineux, atteint et dépasse même les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Il incommode la malade davantage par son poids que par les souffran-

ces qu'il provoque. La peau qui le recouvre est tendue, rouge par places, violacée à d'autres, acuminée dans sa partie supérieure, où il y a comme une menace d'ulcération.

A la *palpation*, on constate que les téguments sont adhérents à une tumeur profonde ; toutefois le mamelon n'est pas rétracté, il est simplement aplati par tension à la surface du néoplasme. Celui-ci se montre, à la palpation, comme une tumeur assez bien circonscrite à la partie interne de la mamelle, mais se confondant en dehors avec un paquet de lymphatiques engorgés. Il adhère profondément au grand pectoral. Dans l'aisselle, il existe de volumineux ganglions, en revanche pas d'adénite susclaviculaire.

Au gauche, l'*inspection* montre une augmentation de volume beaucoup moins notable qu'à droite.

Par la *palpation* on découvre, dans la partie inférieure du sein, une tumeur de la grosseur d'une orange, très dure, adhérente à la peau sus-jacente et au mamelon, qui est rétracté, mais non adhérente au grand pectoral.

Il existe plusieurs ganglions axillaires indurés.

La peau du sein gauche ne présente pas le même aspect rouge et violacé qu'à droite.

Il va sans dire, qu'entre les deux mamelles, la peau est absolument saine, souple, non indurée.

On se trouve donc bien en présence non pas d'une propagation par continuité d'une tumeur du côté droit au côté gauche, mais bien d'une double localisation mammaire d'un carcinome.

M. Launay a pratiqué l'amputation des deux seins et

l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

OBSERVATION III

Epithélioma des deux mamelles avec noyaux secondaires (A. Le Dentu et Morestin, Revue de Chirurgie, 1900).

En avril 1897, Suzanne F..., jeune femme de vingt-sept ans longue, mince et d'une extrême maigreur, mais cependant d'une bonne santé habituelle, se présente à la consultation. A part quelques troubles menstruels et la syphilis, elle n'a jamais eu de maladie. Du côté des seins, en particulier, elle n'avait jusque-là remarqué rien d'anormal, si ce n'est pourtant leurs proportions exiguës.

Or, brusquement, survient un gonflement général des deux seins, s'accompagnant d'une légère douleur, d'un sentiment de pesanteur et de gêne. En deux jours ils prirent un volume énorme, doublant, triplant, puis décuplant de volume ; c'est dans cet état qu'elle se montre à nous pour la première fois, une dizaine de jours après le début ; la tuméfaction était alors stationnaire.

Les seins offraient alors un étrange aspect, leur opulence apparente contrastant avec le corps émacié et le thorax étroit.

Uniformément tendus et gonflés et d'une égale ampleur, ils formaient deux grosses masses hémisphériques, comparables comme dimensions à des têtes d'enfants de cinq ou six ans. La peau n'était guère modifiée. Amincie, dis-

tendue, sa coloration était à peine rosée, mais elle laissait voir par transparence les réseaux superficiels très développés. La palpation montrait qu'au-dessous de ces téguments peu mobiles, les seins formaient deux blocs d'une consistance très ferme et même dure, sans qu'on pût isoler aucune tumeur circonscrite, reconnaître ni saillie, ni dépression, ni point fluctuant ou ramolli. Aucune trace de lobulation n'était appréciable. Bref, les glandes étaient noyées, perdues dans une infiltration diffuse, occupant au même degré les deux mamelles.

Celles-ci se laissaient déplacer aisément sur la paroi thoracique. Il n'y avait point d'adénopathie axillaire, et, chez un sujet aussi complètement dépourvu de graisse, l'exploration du creux axillaire pouvait s'exécuter dans des conditions de facilité telles que la moindre tuméfaction ganglionnaire eût pu être décelée sans peine. Il n'y avait aucun écoulement par les mamelons. L'indolence était parfaite et il n'y avait ni fièvre, ni symptômes généraux. On pouvait alors songer au sclérème phlegmasique décrit autrefois par l'un de nous, à une mastite aiguë bilatérale, ne répondant certes à aucune description classique ; enfin, à une de ces mammites carcinomateuses à marche terrible, auxquelles il suffit de quelques semaines pour entraîner la mort.

Cette dernière hypothèse était la plus vraisemblable, si l'on s'en tenait à l'habitus extérieur ; mais la marche de l'affection était vraiment par trop soudaine et nous n'étions pas absolument satisfaits de ce diagnostic, qui pourtant nous parut probable ce jour-là.

Or, au bout d'une semaine, sans autre traitement qu'une

compression très douce, il se produisit une amélioration.

Les seins devinrent plus souples, en même temps que leur volume diminuait.

Mais, après quelques jours, on constate une recrudescence suivie d'une nouvelle rétrocession, sans que la malade ait d'ailleurs présenté aucun phénomène douloureux pendant ces alternatives.

Depuis, ce gonflement général et uniforme ne s'est plus montré.

Pendant plusieurs semaines, à la suite de ces accidents du début, la tuméfaction a été sans cesse décroissant. A mesure que disparaissait cette infiltration totale, on pouvait, à travers des couches superficielles plus souples, explorer d'une façon plus précise la glande elle-même. Or, peu à peu, on put sentir dans les deux seins, mais particulièrement dans le droit, des noyaux durs, très durs même, bosselés d'une manière inégale, multiples et irrégulièrement répartis, gros comme des noix, des noisettes ou des pois, mal limités, peu mobiles, ne se laissant point séparer du reste de la glande, dont ils occupaient surtout les parties inférieure et externe. Les deux mamelons se rétractèrent de plus en plus et dans l'aisselle droite on put constater bientôt un gros ganglion, arrondi, dur et mobile. Un autre plus petit occupait l'aisselle gauche. La peau cependant n'était pas adhérente, et le sein demeurait mobile au devant du grand pectoral.

Ce nouvel aspect de la maladie nous éloignait complètement, bien entendu, de l'idée d'une mastite carcinomateuse, mais nous hésitions encore, et cette fois entre une autre variété de cancer, le squirre double, une mastite

noueuse et une tuberculose frappant simultanément les deux glandes.

Au mois de juin, une péritonite tuberculeuse à forme ascitique se développe et la malade subit la laparotomie le 5 novembre 1897 à l'hôpital Necker. Quand elle sortit de Necker, vers la fin de juin 1898, elle avait très bonne mine. Le ventre était souple, indolent et sans ascite. Mais ce qu'il y avait de plus curieux et de plus intéressant, c'était la modification subie par les seins. Graduellement les deux seins avaient diminué et changé encore une fois de consistance. Ils s'étaient assouplis, en revenant à leur volume d'autrefois. Les noyaux durs, épars dans les glandes, s'étaient raréfiés, amoindris; moins résistants à la palpation, ils semblaient en voie de résorption et de disparition.

Vers la fin de mai, nous vîmes reparaître notre malade. Le ventre était souple, non distendu. Pour les seins, ils étaient fort malades, mais leur aspect était différent de ce que nous avions vu précédemment.

Les deux mamelles formaient deux masses d'une dureté ligneuse, celle de droite était plus grosse que l'autre, et toutes deux ayant plus que doublé de volume depuis le dernier examen. Les mamelons, surtout celui de droite, étaient rétractés, enfouis dans un creux, et ne se laissant pas éverser, ni étirer. Chaque glande paraissait prise dans toute son étendue et se présentait comme un large gâteau irrégulièrement lobulé, très dur, indolent à la pression, sans adhérence avec la peau ni avec les couches profondes.

Dans les deux aisselles, deux ou trois ganglions, dont

un gros comme une noix, les autres plus petits, tous indolents, mobiles et très fermes. A gauche, la peau paraissait saine, mais à droite, toute la surface du sein était couverte de petits noyaux plus ou moins arrondis, mais mal limités, enchâssés dans la peau. Ces sortes de plaques surélevées, d'un rouge pâle ou violacé, avec des arborisations veineuses, étaient du plus mauvais aspect et, en présence de cette lésion, on ne pouvait s'empêcher de diagnostiquer immédiatement : squirre pustuleux disséminé. Cependant la marche si singulière, avec périodes de régression, n'était pas en rapport avec cette impression. Quant à une forme de tuberculose nodulaire disséminée dans la peau, cette hypothèse se présentait à l'esprit, mais ce fait ne s'était montré dans aucun des cas décrits de tuberculose mammaire.

F. entra de nouveau à Necker le 1er août.

Les seins n'avaient changé ni de consistance, ni d'aspect général, mais le sein gauche était couvert d'une éruption analogue à celle du droit. De ce côté l'envahissement cutané ne s'était pas accentué, les nodules avaient plutôt un peu pâli. Il n'y avait toujours ni adhérences à la peau ni douleurs. La malade se plaignait de quelques démangeaisons.

L'ascite avait reparu, la malade allait d'ailleurs s'affaiblissant et se cachectisait très vite.

Mort le 10 septembre.

A l'autopsie, on constate que les poumons étaient sains, que le ventre contenait une certaine quantité de liquide ascitique, que l'intestin et la paroi abdominale étaient chargés de granulations tuberculeuses.

Les deux glandes mammaires présentaient des lésions identiques. Les préparations histologiques ont été soumises à l'examen de MM. Brault et Letulle. Tous deux pensent qu'il s'agit, sans hésitation possible, d'un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION IV

Squirre ligneux en masse bilatéral du sein (Monod. Mem. et Bull. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 1888).

Femme âgée de 48 ans. Il n'y a rien de particulier à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle a eu quatre grossesses arrivées à terme et deux fausses couches ; elle n'a nourri aucun de ses enfants. La menstruation est assez régulière. L'état général est bon, et rien dans l'apparence extérieure de la malade ne pourrait faire soupçonner qu'elle est atteinte d'une lésion grave.

L'affection a débuté, il y a deux ans, par le sein gauche, sous la forme d'un noyau dur, peu mobile, de la grosseur d'une noisette, qui resta à peu près stationnaire pendant près de seize mois. Il y a huit mois, la mamelle augmenta rapidement de volume.

Alors seulement survinrent des élancements douloureux, surtout nocturnes. Aujourd'hui le sein gauche offre le type clinique décrit par Velpeau sous le nom de squirre ligneux en masse. La glande, uniformément développée, a conservé sa forme hémisphérique ; elle est très dure, de consistance ligneuse, solidement appliquée contre le tho-

rax, avec lequel elle semble faire corps. La surface présente une teinte violacée générale, parsemée de plaques d'un rouge sombre. A leur niveau existent des croûtes superficielles, donnant lieu, quand on les arrache, à un suintement sanguinolent. Le mamelon, nettement appréciable, n'est que peu rétracté ; il n'a jamais été le siège d'aucun écoulement anormal. Il existe dans l'aisselle correspondante un ganglion mobile, du volume d'une amande. Au-dessus de la clavicule, on sent un chapelet ganglionnaire remontant le long de la région cervicale.

Il y a deux mois environ, l'attention de la malade a été attirée sur une seconde tumeur siégeant dans le sein droit. De légères douleurs ressenties de ce côté la portèrent à explorer cette région et elle y découvrit une masse dure, attenant à la peau. La tumeur offre aujourd'hui le volume d'un gros œuf de poule ; elle est très dure, mal limitée, adhérente à la peau, qui présente à son niveau l'aspect de peau d'orange classique, non adhérente aux parties profondes. Le mamelon est rétracté. On sent dans le creux axillaire un ou deux ganglions mobiles.

Qu'il nous soit permis de rapporter une dernière observation du Dr Blanchard consignée dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1884.

Nous assistons là à l'évolution d'une forme à longue échéance de cancer bilatéral du sein. Le néoplasme évolue sous l'aspect de squirre, variété lente par excellence de cancer ; quatre ans s'écoulent entre le début de la maladie et la mort de la malade. Ce laps de temps est certes considérable,

mais étant donné qu'il s'agissait de squirre atrophique, la survie de quatre ans est plutôt au-dessous de la moyenne constatée en pareil cas. N'est-il pas, en effet, d'observation courante, le cas de ces vieilles femmes atteintes de squirre atrophique du sein depuis 10, 15, 20 ans même.

Aussi, dans le cas qui nous occupe, peut-on dire que le squirre atrophique a eu une marche relativement rapide, plus courte que celle observée habituellement dans cette forme.

La loi énoncée par Billroth subsiste entière et nous pouvons dire, avec ce pathologiste, que la bilatéralité imprime au cancer du sein, quelle que soit sa rareté pathologique, une évolution rapide.

OBSERVATION V

Squirre atrophique des deux seins (Blanchard, Bull. de la Soc. anat., 1884).

La nommée Pol... Rosalie, âgée de 41 ans, blanchisseuse, entre le 5 février 1889, salle Chassaignac, n° 7.

Cette malade n'a aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours joui d'une bonne santé étant jeune. A l'âge de 25 ans, elle accouche d'un enfant qui, actuellement encore, est bien portant. A 29 ans, second enfant, qui meurt à l'âge de 5 ans d'une méningite tuberculeuse. Elle a nourri ses deux enfants. Pendant qu'elle nourrissait le second (1872), elle eut un abcès au sein gauche. Cet abcès s'est ouvert spontanément après un mois de souf-

frances et s'est cicatrisé en dix jours. Depuis cette époque, la partie supérieure du sein, qui avait été le point de départ de l'abcès, est restée indurée, mais le sein conservait sa forme normale.

Jusqu'en 1880, l'état général de la malade fut excellent ; mais à cette époque, elle commença à ressentir des douleurs dans le sein gauche, avec des irradiations dans tout le côté gauche du corps. En même temps, le sein diminuait de volume et augmentait de consistance. Il n'y eut jamais d'écoulement par le mamelon. Dans le courant de 1882, elle eut également des élancements douloureux dans le sein droit, et, en octobre 1882, elle entrait dans le service de M. Desprès. Ce chirurgien constata l'existence de tumeurs dans les deux seins et ne fit pas d'opération.

Pendant son séjour à la Charité, la malade ressentit dans les membres inférieurs des douleurs fugaces et lancinantes. Ces douleurs la faisaient boiter et étaient surtout violentes à gauche. Elles persistèrent, et les membres inférieurs devinrent de plus en plus faibles, si bien que, depuis le mois de janvier 1883, la malade ne peut plus se tenir debout. En janvier 1883, elle eut également des douleurs dans les épaules et la région lombaire. Elles affectaient le caractère des douleurs en ceinture, étaient intermittentes et toujours plus prononcées à gauche. Constipation habituelle ; jamais de troubles du côté des voies respiratoires.

A son entrée à l'hôpital Laënnec, la malade est très faible, ne mange presque rien et ne dort pas. Elle accuse des douleurs très vives dans les deux seins. Le gauche est

dur, rétracté, adhère à la peau, qui a l'aspect d'une peau d'orange. Il n'adhère pas aux parties profondes. Le droit est également rétracté et déformé, mais moins dur que le gauche. On trouve dans l'aisselle quelques ganglions petits et indurés.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade s'affaibit de plus en plus et succombe le 8 janvier 1884.

Autopsie. — Les seins sont durs et petits. La peau adhère intimement à la tumeur; il n'y a pas d'adhérence aux parties profondes. Dans l'aisselle gauche, on trouve une dizaine de petits ganglions indurés, et l'on sent sous le doigt les lympathiques qui les réunissent à la tumeur.

L'examen histologique des seins a montré que l'on avait bien affaire à des squirres.

DIAGNOSTIC DU CANCER BILATÉRAL

Le fait pour un cancer du sein d'être bilatéral ne fait qu'augmenter les difficultés du diagnostic, puisqu'il ajoute au tableau clinique habituel du cancer un élément exceptionnel qui peut créer des causes d'erreur également exceptionnelles sans diminuer toutefois celles que l'on rencontre ordinairement.

Nous devons les envisager séparément pour le cancer aigu et pour le cancer à marche plus lente.

I. — *Cancer aigu*. — « Au début de la mammite carcinomateuse, dit Delbet, on passe presque toujours à côté du diagnostic. On croit à un engorgement, à une inflammation. Terrillon rapporte un cas, où l'on porta d'abord le diagnostic de phlegmon. Puis l'opération ayant été faite, la récidive survint avec une telle rapidité qu'on crut encore à un phlegmon ».

Il serait pourtant de la plus haute importance de pouvoir dépister le néoplasme avant qu'il ait envahi des régions inaccessibles au bistouri. Voici généralement comment se présente la diffi-

culté : quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après un accouchement normal, un allaitement régulier, un sevrage ou bien un avortement suivi d'une montée de lait, une malade voit sans grande douleur un de ses seins augmenter de volume. Au bout d'un temps variable ou même simultanément, l'autre sein se gonfle à son tour.

Les symptômes douloureux sont des plus minimes. Généralement le premier signe, qui attire l'attention de la malade, est la tuméfaction. Quelquefois cependant, ainsi que chez une malade de Reclus, on note quelques élancements douloureux survenant deux ou trois fois par jour. La malade vient donc consulter, non pas en raison de la douleur minime qu'elle éprouve, mais bien à cause de l'augmentation du volume de ses seins.

A la palpation, on trouve des deux côtés une tumeur généralement arrondie, mais quelquefois mal limitée, irrégulière et faisant corps avec la glande. La peau normale ou rosée et parcourue par de petites veinosités bleuâtres est adhérente aux parties profondes. Dans l'aisselle on trouve une double adénopathie.

Quelle étiquette convient-il de mettre sur ce tableau symptomatique ?

Il est un principe qui, dans la clinique des maladies de la mamelle, rend les plus grands services :

Toute grosseur, qui débute pendant la lactation ou à son voisinage, doit éveiller dans

l'esprit du chirurgien l'idée d'une affection inflammatoire.

Le diagnostic de mammite subaiguë, d'abcès tiède (Tillaux), à évolution lente, s'applique donc très vraisemblablement à notre malade.

La fréquence de la mammite subaiguë, mise en regard de la mammite carcinomateuse, est une probabilité de plus en faveur de notre thèse. Mais nous ne devons pas cependant de parti pris écarter l'idée de néoplasme, puisque cette manière de faire peut avoir de redoutables conséquences pour notre malade.

Quels sont les signes plus spécialement en faveur d'une mastite subaiguë ? Quels sont au contraire ceux qui doivent nous faire pencher du côté du carcinome ?

L'étude du symptôme *douleur* va nous fournir un élément important de diagnostic. Nous ne parlons pas des douleurs spontanées qui sont si variables dans les affections du sein. Celles-ci ne sont caractéristiques de l'inflammation que lorsqu'elles deviennent pulsatiles, et, quand les douleurs prennent ce caractère, c'est que la tumeur suppure et la fluctuation sera vite perceptible.

C'est la douleur provoquée qui a une véritable importance pour le diagnostic : tantôt on la trouve au centre de la tumeur, tantôt à sa périphérie, en pinçant ses bords tangentiellement. Ce signe douleur n'est pas constant, mais en général la douleur provoquée existe et elle a une grande importance, car

on ne la trouve dans les néoplasmes qu'à une époque avancée de leur évolution alors que le diagnostic n'est plus douteux.

En second lieu *l'état des ganglions* montre une disproportion entre la tumeur et l'adénite. En règle générale, un néoplasme datant de trois, quatre, cinq, six mois ne s'accompagne pas d'infection ganglionnaire cliniquement appréciable. Si donc on trouve une tuméfaction de cet âge avec des ganglions engorgés, il y a bien des chances pour que la tuméfaction soit d'origine inflammatoire. En outre le nombre et le volume des ganglions sont souvent en disproportion manifeste avec l'àge et le volume de la tumeur. Ils sont trop volumineux et trop nombreux pour être en rapport avec un néoplasme du même âge.

Ces considérations perdent de leur valeur dans le cas qui nous occupe, car la mammite carcinomateuse donne des adénites très précoces et très volumineuses.

En revanche, la cachexie profonde, rapide, précoce, est bien un symptôme spécial au cancer aigu.

Nous verrons plus loin quel usage il convient de faire de la ponction et de l'incision exploratrices.

II. — *Cancer à marche lente.* — Lorsque le cancer bilatéral, au lieu de revêtir la marche rapide de la mammite carcinomateuse, prend une forme plus lente, c'est encore avec les affections

inflammatoires, mammite chronique simple, mammite tuberculeuse, qu'il est facile de le confondre.

L'*adéno-sarcome* bilatéral se distinguera facilement du cancer bilatéral par son aspect lobulé, bosselé, sa consistance irrégulière, solide par places, fluctuante à d'autres. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, le mamelon est étalé, mais non rétracté ; il n'y a pas non plus d'adhérence profonde.

Les ganglions axillaires ne sont pas pris, il n'y a pas cette cachexie rapide que l'on observe dans le cancer et l'état général reste bon pendant longtemps.

Les mêmes signes, qui nous ont permis de distinguer la mammite carcinomateuse de la mammite subaiguë, vont nous servir pour décider entre le cancer à marche lente et la mammite chronique.

En faveur de la *mammite chronique simple*, nous trouvons le rapport étiologique direct avec la grossesse et la lactation, la douleur à la pression, l'adénopathie précoce hors de proportion avec la tumeur, l'influence résolutive de la compression ouatée.

Lorsqu'il s'agit d'une malade atteinte de *mammite tuberculeuse*, on peut croire facilement à un néoplasme bilatéral. Il va sans dire que le problème ne se pose pas, si les poumons sont manifestement envahis ou si les lésions mammaires sont suppurées.

Il n'en est plus de même, lorsque la tuberculose

mammaire est primitive. On peut alors trouver les deux seins distendus par des tumeurs irrégulières, mal limitées, faisant corps avec la glande tout comme un cancer.

En général, il n'y a pas d'adhérence avec les plans profonds, mais il peut y avoir adhérence à la peau. Les ganglions de l'aisselle sont envahis.

A quels caractères peut-on reconnaître qu'il s'agit d'une tuberculose mammaire et non d'un néoplasme bilatéral ?

Il faut étudier à quel moment s'est fait l'envahissement des ganglions. L'affection a-t-elle débuté nettement par les ganglions, les tumeurs mammaires ne se sont-elles développées que longtemps après l'adénopathie, le diagnostic de tuberculose mammaire est probable.

Si les ganglions n'ont été pris que secondairement, les difficultés deviennent presque insurmontables. Toutefois, si la tumeur ganglionnaire s'est développée en un ou deux mois, on peut être à peu près sûr qu'il ne s'agit pas de cancer.

Enfin, quand l'adénopathie manque, que la tumeur n'est pas suppurée, il n'existe aucun signe qui permette de distinguer un noyau tuberculeux du cancer au début.

L'affection dénommée par Reclus *maladie kystique* peut donner le change et être prise pour un carcinome bilatéral. C'est une confusion qui a été faite par des chirurgiens de la plus haute valeur, Astley Cooper, Velpeau, Marjolin, Laugier, etc.

Il semble bien établi aujourd'hui que la maladie kystique n'est qu'une forme de l'inflammation chronique du sein qui peut aboutir soit à des transformations fibreuses (maladie noueuse de Phocas), soit à des néoformations kystiques (maladie de Reclus).

Cette dernière est une affection bilatérale bénigne, qu'il importe au plus haut point de distinguer du cancer bilatéral, afin d'éviter à la malade une double amputation du sein.

Le tableau clinique de la maladie kystique dans les cas typiques permettra d'éviter cette regrettable erreur. Les deux mamelles sont augmentées de volume et fournissent une sensation toute spéciale au palper, « la mamelle semble criblée de grains de plomb, on dirait que les culs-de-sac ont été injectés à la cire » dit Reclus.

La comparaison de Phocas est également à rappeler : « il semble qu'on ait piqué une grande quantité d'épingles dans la glande mammaire et qu'on sente les têtes à travers la peau ».

En résumé, le premier signe qui frappe est la présence dans chaque sein d'une nodosité plus grosse que les autres, émergeant d'une foule de nodosités secondaires éparses dans toute la glande. D'ailleurs la peau est souple et mobile, il n'existe pas d'adhérence avec les parties profondes et généralement pas d'adénite axillaire.

Un tel ensemble symptomatique suffit d'ordinaire pour faire reconnaître la maladie kystique.

D'ailleurs, lorsque les moyens cliniques purs sont en défaut, il reste à notre disposition deux procédés d'investigation très efficaces : nous voulons parler de la ponction exploratrice et de l'incision exploratrice.

Reclus a préconisé la ponction exploratrice avec l'aiguille de Pravaz et conseille de ne pas faire un diagnostic de tumeur mammaire sans le contrôle de la ponction, que l'on répétera plusieurs fois si besoin.

Dans le cas de maladie kystique, on voit le corps de la seringue se remplir d'une quantité plus ou moins grande d'un liquide gommeux, citrin ou foncé, ou pouvant rappeler les divers degrés de dilution de l'absinthe. Ce moyen ne provoque jamais d'accidents et les malades les plus pusillanimes s'y soumettent volontiers.

Dans tous les cas, où le diagnostic de cancer ne s'impose pas, il faudrait donc, d'après Reclus et les adeptes de la ponction, plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz. Boiffin de Nantes signale l'insuffisance de la ponction exploratrice pour le diagnostic des kystes de la mamelle.

Il fait remarquer que les kystes n'ont pas une existence indépendante, qu'ils dérivent tous soit de mastite chronique, soit d'un néoplasme (adéno-fibrome, adéno-sarcome ou épithélioma). Quand, par malheur, il s'agit d'un kyste évoluant suivant le type épithélioma, la ponction peut donner une fausse sécurité. « En effet, il faut bien savoir, dit

Boiffin, que le kyste évacué peut offrir des parois minces et irrégulières, où l'on ne trouve qu'à grand peine le noyau néoplasique solide, encore petit, qui ne tardera pas à dominer la scène et à prendre toute l'importance qui lui revient et que la ponction laisse méconnaître ».

Pourquoi, dit Boiffin, à la ponction exploratrice ne substituerait-on pas un moyen beaucoup plus efficace, couramment employé pour le diagnostic des affections de la région abdominale ? Nous voulons parler de l'incision exploratrice qui permettra d'examiner directement la tumeur en place, d'en établir la nature et de faire soit l'ablation de cette tumeur seule, soit un sacrifice plus large s'il en est besoin.

Cette pratique est depuis longtemps suivie par Quénu ; Reclus lui-même, après une ponction blanche, incisa la peau au niveau d'une des nodosités enchassées dans la glande : il s'agissait d'un lipome encapsulé.

L'incision exploratrice, dans bien des cas, pourra seule faire cesser des doutes et une temporisation préjudiciable au malade.

TRAITEMENT

Cancer vulgaire (Monod, Gaz. méd. de Paris, 1894).

L'étude des statistiques fournit sur les diverses phases de la maladie les données suivantes :

1° *Envahissement de la peau.* Jusqu'au septième ou neuvième mois la peau est habituellement intacte, tandis que vers le quatorzième mois elle est presque toujours adhérente.

2° *Tuméfaction des ganglions de l'aisselle.* En règle générale on peut admettre qu'elle survient à peu près en même temps que l'envahissement de la peau, du onzième au quatorzième mois.

3° *Adhérence aux muscles et à la paroi thoracique.* Elle vient au troisième rang par ordre de date dans l'évolution du cancer du sein, du treizième au vingt-troisième mois d'après Oldekopf.

4° *L'ulcération de la peau* est le dernier terme de cette série d'accidents locaux, elle se produit du dix-huitième au vingtième mois pour Sprengel.

En somme, et pour résumer d'un mot les indications qui précèdent, nous voyons que, vers la fin de la première année ou au commencement de

la seconde, la peau est prise et les ganglions de l'aisselle tuméfiés ; six mois plus tard la tumeur devient adhérente au thorax, puis elle s'ulcère.

En d'autres termes, pour que l'opération soit faite en temps opportun, c'est-à-dire alors que le mal est absolument local, n'ayant en aucun point franchi les limites de la glande, il faut qu'elle soit pratiquée avant le neuvième mois.

Plus tard, elle pourra évidemment être encore tentée, mais elle devra comporter non seulement la peau dans une étendue variable et les ganglions de l'aisselle, mais aussi le plus souvent une partie plus ou moins profonde des tissus fibreux et musculaires de la paroi thoracique.

Vers la fin de la deuxième année, les auteurs s'accordent à placer la date des apparitions viscérales qui contre-indiquent absolument toute opération.

Nous nous sommes livrés, pour le cancer bilatéral du sein, à un travail statistique portant sur les mêmes points que ceux étudiés par Monod pour le cancer vulgaire. La mastite carcinomateuse étant mise à part, on trouve, que, dans le cancer bilatéral, l'envahissement de la peau et la tuméfaction des ganglions de l'aisselle surviennent deux fois plus vite environ que dans le cancer unilatéral, c'est-à-dire vers le cinquième ou sixième mois.

L'adhérence au grand pectoral survient vers le huitième mois et l'ulcération de la peau suit de très près.

Ces données forcément un peu schématiques montrent néanmoins que les limites opératoires sont beaucoup plus restreintes que pour le cancer vulgaire. Vers la fin du dixième mois, on peut placer l'apparition des phénomènes de localisations viscérales, de généralisation, qui ôtent toute raison d'être à une intervention chirurgicale. La mort survient un an au plus après le début du mal.

La mammite carcinomateuse laisse encore moins de répit, certains chirurgiens même proscrivent toute intervention. Nélaton insistait dans ses leçons sur ces cas qu'il considérait comme de véritables *noli me tangere*. Monod se range à cette opinion. Pierre Delbet au contraire est partisan de l'intervention èt cite à l'appui de sa doctrine un cas personnel dans lequel la mort survint deux ans après l'amputation sans récidive ; elle était due à la généralisation. Dans un cas de Rochard la mort survint quinze mois après le début et six mois après l'intervention.

Si le cancer bilatéral présente une évolution plus longue, il va sans dire que l'intervention s'impose, la généralisation, à cette période de la maladie, n'étant pas encore un fait accompli.

M. Launay, dans l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer, n'hésita pas à opérer sa malade. Il pratiqua l'amputation de la mamelle droite le 15 septembre, procéda à un curage de l'aisselle aussi complet que possible et à l'abrasion des couches superficielles du grand pectoral. La malade

étant très affaiblie par l'hémorrhagie, qui ne fut cependant pas d'une abondance exceptionnelle, on remit à une séance ultérieure l'amputation du sein gauche.

Cette seconde intervention eut lieu dix jours plus tard, elle consista comme la précédente à une ablation totale de la glande et des ganglions axillaires.

Par contre le grand pectoral, qui paraissait sain, fut respecté et M. Launay se contenta de disséquer son aponévrose superficielle.

Les suites de cette double amputation furent des plus heureuses et, à l'heure où nous écrivons ces lignes (25 octobre 1900), la cicatrisation est achevée, il n'y a pas la moindre trace de récidive dans la cicatrice, ni de généralisation dans les organes éloignés. L'état général est excellent, l'appétit persiste et la malade aurait plutôt tendance à engraisser.

On éprouve quelquefois de grandes difficultés pour pratiquer la réunion par première intention de la plaie en raison de la vaste abrasion de téguments auxquels on est obligé de recourir.

Quénu et Robineau (*Rev. int. de thér. et de pharm.*, août 1896) ont recours dans de tels cas à une autoplastie par glissement. Ils taillent un vaste lambeau quadrilatère à base dorsale ; après dissection, ils l'attirent en haut et le suturent à la peau de la région pectorale. Si c'est nécessaire, ils prennent un deuxième lambeau sur la paroi

abdominale (parfois jusqu'au niveau de la fosse iliaque). Ils recouvrent ainsi toute la surface cruentée et obtiennent une réunion par première intention. De tels lambeaux ne se sphacèlent pas, même s'ils subissent des tractions notables. A peine voit-on quelques petits ilôts de sphacèle superficiel, surtout vers les angles. Il n'en résulte aucun inconvénient pour la cicatrisation immédiate.

CONCLUSIONS

1° Le cancer bilatéral primitif du sein constitue une affection rare.

2° Sa gravité est plus grande que celle du cancer unilatéral. Il revêt presque toujours en effet une allure rapide et sa tendance à la généralisation est manifeste.

3° Il est justiciable d'une intervention dans *tous les cas*, pourvu que celle-ci soit pratiquée à temps.

4° Les délais opératoires sont beaucoup plus restreints que pour le cancer unilatéral et, dans certaines formes inflammatoires, l'opération, pour être utile, doit être extrêmement précoce et avoir lieu dans les premiers mois à dater du début de la maladie.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

William Aitken. — On malignant glandular tumours or, hypertrophies of the female. (Med. Times and Gazette, 1857, T. I., p. 359).

Klotz. — Ueber mastitis carcinomatosa gravidarum et lactantium. (Thèse de Halle, 1869).

Solares. — Cancer mamorio duro de marcha rapida. (An. de cien. Med. Madrid, 1879, VII, p. 49).

Ricard. — De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. (Thèse de Paris, 1885).

Monod. — Pronostic et traitement du cancer du sein. (Gazette Méd. de Paris, 1884, p. 1, 17, 37, 48).

Monod. — Cancer du sein bilatéral. (Mém. et Bull. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux, 1888, p. 392).

Volkmann. — Beitræge zur Chir. (1875).

Sauce. — Essai sur la pluralité des néoplasmes. (Thèse de Paris, 1880).

Prengrueber. — Tumeur bilatérale du sein. (Semaine médicale, 1884).

Rieffel. — De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme. (Thèse de Paris, 1890).

Rochard. — De la mastite carcinomateuse. (Union Médicale, Paris, 1865, p. 313).

S. Duplay. — Sur une forme particulière du cancer aigu du sein. (Bull. Méd. 1897).

Delbet (P.). — Article Mamelle, in traité Chirurgie Duplay et Reclus.

Binaud et Braquehaye. — Maladies de la mamelle, in Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.

Boiffin. — Insuffisance de la ponction exploratrice pour le diagnostic des kystes simples de la mamelle. (Arch. prov. Chir. 1895).

L. BOYER; imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.



